

Comparing the Effects of Solution-Focused Therapy and Emotionally Focused Therapy on Attitudes Toward Marital Infidelity of Married People

Ahramian A¹, *Sodani M², Gholamzadeh Jofreh M³

Author Address

1. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
2. Invited Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran; Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
*Corresponding author's Email: sodani_m@scu.ac.ir

Received: 2021 November 22; Accepted: 2021 December 25

Abstract

Background & Objectives: In recent years, with the appearance of new lifestyles, the family has been subjected to various disturbances. The increasing collapse of marital ties has become one of the devastating challenges of family life in our country. Attitudes towards infidelity can play a significant role in couples' tendency toward marital infidelity and divorce. Marital infidelity potentially disrupts couples' relationships and causes numerous disorders and psychological problems between individuals. Marital infidelity potentially disrupts couples' relationships and causes multiple disorders and psychological problems between individuals. Accordingly, appropriate interventions to reduce its negative effects seem very important. Thus, this study aimed to compare the impact of solution-focused therapy (SFT) and emotionally-focused therapy (EFT) on attitudes toward marital infidelity in married.

Methods: The present quasi-experimental study has a single-subject in a multiple baseline design. The statistical population included all couples referred to counseling centers in Bushehr City, Iran, in 2019. From this population, 8 couples (16 men and women in total) entered the study by voluntary sampling method, and couples were randomly assigned to two groups: solution-focused therapy (4 couples) and emotionally-focused therapy (4 couples). The inclusion criteria were as follows: having a positive attitude towards marital infidelity based on the Attitudes Toward Infidelity Scale (ATIS) (Whatley, 2008) obtaining a score higher than 48, lacking a mental disorder confirmed by a clinical psychologist through an interview, lacking drug or alcohol addiction, no personality disorders, holding at least a diploma, being at least 20 years and at most 40 years old, living at least 3 years and at most 10 years of cohabitation at the time of research. The exclusion criteria were as follows: unwillingness to cooperate, not doing homework, participating in other programs simultaneously, and not participating in treatment sessions. Eight solution-focused therapy based and 10 emotionally-focused therapy sessions were each held for 90 minutes for both treatment groups. The data collection tool was the Attitudes Toward Infidelity Scale (ATIS) (Whatley, 2008). For statistical analysis of data and scores obtained from evaluations in three stages of baseline, treatment, and a two-month follow-up, the visual drawing method, reliable change index (RCI), and recovery percentage formula were used.

Results: The decreasing trend of marital infidelity attitude scores in the follow-up stage compared to the early stages and treatment in both groups showed the effectiveness of solution-focused therapy and emotionally-focused therapy on the marital infidelity attitude of the studied individuals. The results also showed that emotionally-focused therapy, with 38.12%, was more successful in reducing attitudes toward marital infidelity than solution-focused therapy, with 23.22%.

Conclusion: Based on the study findings, solution-focused and emotionally-focused therapies reduced attitudes toward marital infidelity in married individuals. However, emotionally-focused therapy was more successful in lowering attitudes toward marital infidelity in married people than solution-focused therapy.

Keywords: Solution-Focused therapy, Emotionally-Focused therapy, Attitudes toward marital infidelity, Married people.

مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و هیجان‌مدار بر نگرش به خیانت زناشویی افراد متأهل

افشین اهرمیان^۱، *منصور سودانی^۲، مریم غلام‌زاده جفهره^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛
۲. استاد مدعو، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛ استاذ، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران؛
۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: sodani_m@scu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ آذر ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۴ دی ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: نگرش به خیانت می‌تواند نقشی پررنگ در گرایش به خیانت زناشویی و طلاق در زوجین داشته باشد؛ از این رو، ارائه مداخلاتی در این راستا احساس می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و درمان هیجان‌مدار بر نگرش به خیانت زناشویی افراد متأهل انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی بود. در این مطالعه از طرح خط پایه چندگانه استفاده شد. جامعه آماری را تمامی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این جامعه هشت زوج (شانزده مرد و زن) به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه وارد مطالعه شدند و زوجین به شیوه جایگزینی تصادفی در دو گروه درمان راه‌حل‌مدار (چهار زوج) و هیجان‌مدار (چهار زوج) قرار گرفتند. هشت جلسه درمان راه‌حل‌مدار و ده جلسه درمان هیجان‌مدار هرکدام به مدت زمان جلسه‌ای نود دقیقه برای هر دو گروه اجرا شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس نگرش به خیانت زناشویی (واتلی، ۲۰۰۸) بود. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها و نمره‌های به دست آمده از ارزیابی‌ها در سه مرحله خط پایه و درمان و پیگیری دوماهه از روش ترسیم دیداری و شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها: مقایسه نمرات مرحله پیگیری با مراحل خط پایه و مداخله، روند کاهشی پایدار نمرات نگرش به خیانت زناشویی را در هر دو گروه درمان نشان داد. این امر اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و درمان هیجان‌مدار را در کاهش میزان نگرش به خیانت زناشویی در افراد متأهل مشخص کرد. همچنین درمان هیجان‌مدار با ۳۸/۱۲ درصد در کاهش نگرش به خیانت زناشویی موفق‌تر از درمان راه‌حل‌مدار با ۲۳/۲۲ درصد بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج، درمان راه‌حل‌مدار و درمان هیجان‌مدار منجر به کاهش نگرش به خیانت زناشویی در افراد متأهل می‌شود؛ اما درمان هیجان‌مدار در کاهش نگرش به خیانت زناشویی در افراد متأهل موفق‌تر از درمان راه‌حل‌مدار عمل می‌کند.

کلیدواژه‌ها: درمان راه‌حل‌مدار، درمان هیجان‌مدار، نگرش به خیانت زناشویی، افراد متأهل.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی مؤثر در زمینه حل مسائل زوجین، درمان هیجان‌مدار^۸ است. درمان هیجان‌مدار در اوایل دهه ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخلات هیجانی فعال و کارآمد مطرح شد. در رویکرد هیجان‌مدار، رویکردهای مراجع‌محور^۹، گشتالت^{۱۰} و رویکرد سیستمی^{۱۱} با تفکر ساختی، اشتیاق و تعهد و نگاهی به روابط عاشقانه که به بهترین نحو در نظریه دلبستگی بیان شده است، باهم ترکیب می‌شوند. این رویکرد، رویکردی ساختارگرا^{۱۲} است و بر تجربیات حال زوج به‌خصوص آن‌ها که منشأ هیجانی دارد، تمرکز می‌کند (۱۳). در این درمان عناصر کلیدی تجربه مانند نیازها و ترس‌های دلبستگی در جلسه درمان آشکار و متبلور خواهد شد؛ به‌علاوه در جریان درمان، گام‌های کوچکی به سمت درگیری هیجانی ایمن برداشته می‌شود؛ همچنین درمانگر مداخلات چندی را برای فراهم‌کردن زمینه به‌منظور تسهیل الگوهای مشکل‌زا به‌کار می‌برد و نقشی تسهیل‌کننده در کمک به زوج‌ها برای یافتن راه‌حل جدید ایفا می‌کند (۵). مرور ادبیات درمان هیجان‌مدار قابلیت این رویکرد را در افزایش آگاهی هیجانی، آگاهی در تجربه و تغییر پردازش‌ها در مراجعان و شیوه‌های ابراز هیجان‌ها در الگوهای تعاملی زوجین نشان داد که سبب می‌شود مراجعان روابط بین‌فردی خود را که مهم‌ترین آن‌ها رابطه با همسر است، تغییر دهند و این رویکرد به‌منزله یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد و اثربخش مطرح شود. در این راستا، پورمحمد قوچانی و همکاران اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار را بر بهبود رضایت زناشویی و کاهش گرایش به روابط فرازناشویی در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی گزارش کردند (۱۴). شهابی و ثناگوی محرز تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار را بر کاهش نگرش سهل‌گیرانه به روابط فرازناشویی و دل‌زدگی زناشویی زوجین نشان دادند (۱۵). همچنین ویتن‌بورن و همکاران در مطالعه‌ای اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر بهبود روابط زناشویی و افسردگی در زوجین عنوان کردند (۱۶).

باتوجه به پژوهش‌های انجام‌شده، روابط فرازناشویی یکی از علل اصلی طلاق و تهدیدی جدی برای نظام خانواده محسوب می‌شود؛ در نتیجه افشای روابط فرازناشویی، خانواده‌های بسیاری را با پیامدهای عاطفی شدید درگیر کرده که لزوم توجه به این پدیده را روشن می‌کند (۵)؛ بنابراین، باتوجه به آثار و پیامدهای خیانت زناشویی در زیاده‌شدن اختلافات خانوادگی و افزایش میزان جدایی‌ها و نیز آسیب‌های روانی و اجتماعی، ضروری است که مداخلات مؤثری برای کمک به زوج‌های مواجه‌شده با این مشکل، به‌کار رود تا طبق بافت فرهنگی اجتماعی ایران و مناطق مختلف آن، راهکارهای متناسب و بومی‌شده‌ای ارائه شود که در پیشگیری از این مسئله مؤثر باشد و همچنین درمانگران بتوانند با همدلی و درک بیشتر، چنین مراجعانی را یاری دهند؛ ازاین‌رو، نتایج این تحقیق به زوجین کمک خواهد کرد تا برخی عوامل تأثیرگذار بر سازگاری زناشویی را بشناسند و از آن‌ها برای دستیابی به پیشبرد اهداف زندگی خود و ارتقای سازگاری و موفقیت در زندگی زناشویی بهره

یکی از انواع مسائلی که به‌شدت بر ارتباطات زناشویی همسران تأثیر منفی دارد، موضوع خیانت زناشویی^۱ است. پژوهشگران و درمانگران خانواده، تعاریف متعددی را از خیانت زناشویی ارائه داده‌اند؛ اما به‌صورت خلاصه، خیانت زناشویی شکلی از رابطه‌های عاطفی و جنسی یا عاطفی جنسی با فردی به‌غیر از همسر خود است که شخص این موضوع را از همسرش پنهان می‌کند (۱). بررسی‌ها نشان داد، ویژگی‌های شخصیتی و نگرش‌ها به‌عنوان یکی از عوامل مرتبط با خیانت زناشویی در نظر گرفته می‌شود (۲)؛ ازاین‌رو نگرش به خیانت زناشویی، هرگونه نگرش به زیر پا گذاشتن و نقض رابطه زناشویی با برقراری صمیمیت‌های فیزیکی و جنسی یا عاطفی با فردی خارج از رابطه است (۳). نگرش به خیانت با آشفتگی‌های خانوادگی و مشکلات هیجانی و احساس تنهایی رابطه معناداری دارد (۴). خیانت زناشویی به‌صورت بالقوه به انحلال روابط زناشویی کمک می‌کند و ناتوانی‌ها و مشکلات فراوانی را برای افراد به‌وجود می‌آورد؛ همچنین خیانت زناشویی موجب بروز افسردگی و وسواس و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه^۲ می‌شود. این مشکلات، کیفیت زندگی^۳ کلی افراد آسیب‌دیده از خیانت زناشویی را کاهش می‌دهد (۱). این پدیده ناتوانی‌هایی از قبیل اختلال استرس پس از سانحه، ازدست‌دادن هویت^۴ و احساس بی‌ارزشی^۵ را به‌همراه دارد (۵).

درمانگران از رویکردهای درمانی مختلفی برای درمان زوجین دچار آشفتگی زناشویی بهره گرفته‌اند. یکی از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به زوجین، استفاده از درمان راه‌حل‌مدار^۶ است. درمان راه‌حل‌مدار به‌جای مشکلات موجود و گذشته فرد، بیشتر بر منابع موجود و انتظارات آینده تأکید دارد. این روش درمانی به‌عنوان یک روش مشاوره روان‌شناختی متمایز می‌شود که به‌جای تمرکز بر مشکل، روی یک راه‌حل تمرکز می‌کند و باعث می‌شود که مراجعان خود این نکته را ببینند (۶). از این نظر، وقتی مراجع به حل مشکلات خود که مشکل‌محور است فکر می‌کند، امکان دارد گزینه‌های راه‌حل موجود یا آینده را نادیده بگیرد (۷). اجزای اصلی درمان راه‌حل‌مدار شامل جست‌وجوی راه‌حل‌ها، اذعان به مشکلات، شناسایی راه‌حل‌های استثنایی، تمرکز بر حال و آینده در مقابل سوالات گذشته‌گرا و استفاده از تکنیک‌هایی مانند سوالات معجزه‌آسا، مقیاس درجه‌بندی و سوالات مقابله‌ای است (۸). در این راستا، مامی و حسینی درمان راه‌حل‌مدار را درمانی مؤثر در کاهش گرایش به روابط فرازناشویی^۶ در زنان متقاضی طلاق معرفی کردند (۹). نتایج پژوهش تمدنی و علیزاده موسوی حاکی از اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر کاهش روابط فرازناشویی در زوجین بود (۱۰). ترنس و همکاران اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار را بر افزایش مهارت‌های زوجین نشان دادند (۱۱). سامرز-فلاناگان و همکاران در مطالعه‌ای اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار را بر صلاحیت و افزایش خودکارآمدی زوجین گزارش کردند (۱۲).

7. Extramarital relationships
8. Emotionally-Focused Therapy
9. Client-centered
10. Gestalt
11. Systematic approach
12. Structuralist approach

1. Marital infidelity
2. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
3. Quality of life
4. Identity loss
5. Feel worthless
6. Solution-Focused Therapy

گیرند؛ بنابراین با توجه به مطالب مذکور، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و درمان هیجان‌مدار بر نگرش به خیانت زناشویی افراد متأهل بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی تک‌آزمودنی^۱ بود. طرح‌های نیمه‌آزمایشی تک‌آزمودنی ویژگی‌های مثبت زیادی دارند که کنترل نسبی شرایط درمان و سنجش مداوم و تشکیل خط پایه از آن جمله است. در این نوع طرح‌ها، امکان مقایسه میزان افزایش و بهبودی آزمودنی‌ها در طی درمان و بین آزمودنی‌های دیگر در مقایسه با خط پایه تدارک دیده شده است. این طرح انواع مختلفی دارد: AB؛ ABAB؛ خط پایه چندگانه^۲؛ طرح‌های تغییر ملاک^۳ (۱۷). در این پژوهش از بین طرح‌های نیمه‌آزمایشی تک‌آزمودنی از طرح «خط پایه چندگانه» استفاده شد؛ زیرا این روش ابزار پژوهشی مناسبی برای کارهای عملی بالینی در به‌کارگیری تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی آموزشی است (۱۸). به‌منظور کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی بر اساس اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، زوج‌ها به‌طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه وارد طرح درمان شدند. همچنین ابزارهای سنجش در مرحله خط پایه و در پایان جلسات سوم و ششم و بلافاصله پس از پایان مداخله و دو نوبت پیگیری؛ با فاصله یک‌ماهه اجرا و تکمیل و سنجیده شدند.

جامعه آماری این پژوهش را تمامی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که به‌منظور حل مشکلات زوجی خود به این مراکز مراجعه کردند. نمونه پژوهش، زوجین دارای نگرش مثبت به خیانت زناشویی بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه وارد مطالعه شدند؛ بدین ترتیب که برای انتخاب نمونه، پژوهشگر در ابتدا از طریق فراخوان و اطلاعیه به‌صورت مجازی و به مراکز مشاوره و مشاوران خانواده و زوج در شهر بوشهر، در بازه‌ای زمانی دو ماهه (پانزده تیر تا پانزده شهریور) اجرای طرح و شرایط ثبت‌نام اولیه را اعلام کرد. سپس از زوجین علاقه‌مند به شرکت در طرح که برای انجام مراحل درمان به مرکز تخصصی مشاوره «مسیر زندگی شهر» بوشهر مراجعه کردند، ثبت‌نام شد. پس از مصاحبه‌های تشخیصی و براساس ملاک‌های ورود و خروج، هشت زوج (شانزده مرد و زن) از بین زوجین واجد شرایط وارد پژوهش شدند و به‌طور تصادفی چهار زوج در گروه درمان راه‌حل‌مدار و چهار زوج در گروه درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن نگرش مثبت به خیانت زناشویی براساس مقیاس نگرش به خیانت زناشویی^۵ (۱۹) و کسب نمره بیشتر از ۴۸ در این مقیاس؛ مبتلانیبودن به اختلال روانی تأییدشده توسط روان‌شناس بالینی از طریق مصاحبه بالینی؛

اعتیادنداشتن به مواد مخدر یا الکل؛ مبتلانیبودن به اختلالات شخصیت؛ داشتن حداقل مدرک دیپلم؛ داشتن سن حداقل بیست سال و حداکثر چهل سال؛ گذشتن حداقل سه سال و حداکثر ده سال از زندگی مشترک؛ زندگی‌کردن باهم در زمان اجرای پژوهش؛ داشتن فرزند. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش عبارت بود از: تمایل‌نداشتن به همکاری؛ انجام‌ندادن تکالیف؛ شرکت هم‌زمان در برنامه‌های دیگر؛ شرکت‌نکردن در جلسات درمان. اصول اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش، رازداری، رعایت حریم خصوصی افراد نمونه، امانت‌داری در استفاده از منابع در استناددهی و رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها بود.

در پژوهش حاضر برای بررسی متغیر مطالعه‌شده، ابزار و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

– مقیاس نگرش به خیانت زناشویی: مقیاس نگرش به خیانت زناشویی توسط واتلی در سال ۲۰۰۸ با هدف سنجش نوع احساسات و تفکر افراد درباره مسائل مربوط به خیانت زناشویی طراحی شد (۱۹). این مقیاس دوازده ماده دارد که هر ماده در طیف هفت‌رتبه‌ای از بسیار مخالف=۱ تا بسیار موافق=۷ نمره‌گذاری می‌شود. چیزی به‌عنوان پاسخ درست یا غلط در این جملات وجود ندارد و پرسش‌نامه، فقط خواهان واکنش و نظر صادقانه آزمودنی به جملات است. عبارت‌ها شامل جملاتی راجع به احساسات منفی و مثبت درباره مقوله خیانت است. در سؤال‌های ۱، ۳، ۴، ۹، ۱۰ و ۱۱ به پاسخ‌های بسیار مخالف امتیاز ۱ و به پاسخ‌های بسیار موافق امتیاز ۷ داده می‌شود. سؤال‌های ۲، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۱۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر امتیاز ۸۴ و حداقل امتیاز ۱۲ است. امتیاز ۴۸، فرد را بین پذیرندگی و ردکنندگی خیانت قرار می‌دهد (۱۹). روایی مقیاس با روش همبستگی سؤال-نمره کل بررسی شد و ضرایب همبستگی بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۷ مثبت و معنادار در سطح ۰/۰۱ به‌دست آمد که بیانگر روایی سازه مقیاس بود. همچنین در بررسی پایایی مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ، ضریب ۰/۸۱ کسب شد (۲۰). در ایران این مقیاس توسط حبیبی و همکاران در بین ۵۲۸ نفر از زنان و مردان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در تهران اجرا شد و ساختار عاملی مقیاس با تحلیل عاملی به‌تأیید رسید که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و آزمون بازآزمایی ۰/۸۷ بود (۲۱).

– درمان راه‌حل‌مدار: جلسات درمان راه‌حل‌مدار براساس بسته درمانی نلسون^۶ و لپچیک^۷ (به‌نقل از ۲۲) که در پژوهش عزیززی و قاسمی آزموده شد و اعتبار آن به‌تأیید رسید (۲۲)، در هشت جلسه نوددقیقه‌ای و به‌صورت هفتگی در این پژوهش اجرا شد. برای بررسی اعتبار بسته درمان راه‌حل‌مدار از روایی محتوایی و نظر چند نفر از اساتید و متخصصان دانشگاه استفاده شد که اعتبار بسته مدنظر را تأیید کردند. خلاصه‌ای از این درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

5. Attitudes Toward Infidelity Scale) ATIS)

6. Nelson

7. Lipchik

1. Single subject experiment

2. Multiple baseline

3. Changing criterion designs

4. Follow up

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان راه‌حل‌مدار

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش و اصول درمان راه‌حل‌مدار. محتوا: معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات درمان، تبیین مدل درمانی. تکالیف: مشخص کردن موارد مثبتی که درمان‌جویان تمایل دارند در زندگی آن‌ها تداوم یابد.
دوم	تبدیل مشکل به اهداف در دسترس. محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره موارد مثبت موجود در زندگی درمان‌جویان، ترغیب درمان‌جویان در بیان آنچه می‌خواهند به‌جای تمرکز بر مشکل، تعیین اهداف ملموس، عینی، مثبت و عملی. تکالیف: اهداف مشخص عینی و ملموس به‌جای تمرکز بر مشکلات شناسایی شود.
سوم	بررسی راه‌حل‌های برطرف‌کننده شکایات. محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمان‌جویان، تدوین راه‌حل با بررسی تغییراتی که در صورت حل مشکلات در زندگی درمان‌جویان اتفاق می‌افتد. تکالیف: مشخص کردن کارهایی که پس از رفع مشکل، درمان‌جویان مایل به انجام آن هستند.
چهارم	بررسی میزان تعهد و امیدواری درمان‌جویان. محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و مرور اهداف درمان‌جویان، استفاده از مقیاس درجه‌بندی برای ارزیابی میزان تعهد و امیدواری افراد برای حل مشکل. تکالیف: مشخص کردن اینکه درمان‌جویان چگونه متوجه می‌شوند در مقیاس‌های مطرح‌شده در جلسه پیشرفت کرده‌اند، در صورت پیشرفت چه چیزی تغییر می‌کند و چگونه می‌توانند این تغییرات را به‌وجود آورند.
پنجم	یافتن یک داستان مثبت با بررسی استثنائات. محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره چگونگی ایجاد تغییرات، کمک به درمان‌جویان در جهت یافتن استثناءها؛ یعنی مواردی که توانسته‌اند بر رفتار مشکل‌ساز خود غلبه کنند یا از کارکرد بهتری برخوردار باشند، ایجاد امید در جهت تغییر و مقابله با مشکل. تکالیف: شناسایی مواقعی که رفتار مشکل‌ساز وجود ندارد یا از شدت کمتری برخوردار است.
ششم	آموزش راه‌حلیابی در موقعیت‌های مختلف با استفاده از سؤال معجزه. محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره استثناءها و برجسته‌سازی راه‌حل‌های مناسب، حذف الگوهای مخل رفتاری با پرسیدن سؤال معجزه و ترغیب درمان‌جویان به بیان توانمندی‌ها و تقویت آن‌ها. تکالیف: تفکر درباره سؤال معجزه و شناسایی راه‌حل‌های مؤثر صورت گیرد.
هفتم	یافتن راه‌های متفاوت برای احساس، تفکر و رفتار. محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پاسخ درمان‌جویان به سؤال معجزه، تأکید بر عملی‌کردن راه‌حل‌ها با استفاده از واژه «به‌جای» و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار مناسب به‌جای افکار، احساسات و رفتار مشکل‌ساز. تکالیف: یافتن افکار، احساسات و رفتارهایی متفاوت از آنچه تا به حال وجود داشته است و تأثیر آن بر زندگی شخصی و اجتماعی بررسی شود.
هشتم	بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آن‌ها و جمع‌بندی جلسات. محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره افکار، احساسات و رفتارهای جایگزین و تأثیر آن‌ها بر زندگی درمان‌جو، برجسته‌سازی قابلیت‌ها و توانمندی‌های درمان‌جویان، بحث درباره چگونگی تثبیت تغییرات ایجادشده، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و اتمام جلسات، اجرای پس‌آزمون و تعیین تاریخ جلسات پیگیری. تکالیف: نکات مثبت و ضعف‌های درمانگر، روش درمانی و طرح پژوهشی، یادداشت شود.

درمان هیجان‌مدار: جلسات درمان هیجان‌مدار براساس بسته درمانی جانسون (۲۳) که در پژوهش نجفی و همکاران اعتبار آن به‌تأیید رسید (۲۴)، در ده جلسه نود دقیقه‌ای و به‌صورت هفتگی برای هرکدام از زوجین اجرا شد. برای بررسی اعتبار بسته درمان هیجان‌مدار از روایی محتوایی و نظر چند نفر از اساتید و متخصصان دانشگاه استفاده شد که اعتبار بسته مدنظر را تأیید کردند. خلاصه‌ای از این درمان در جدول ۲ ارائه شده است.

به‌منظور بررسی معناداری آماری پس از جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله خط پایه و مداخله و پیگیری، داده‌های مربوط به سه مرحله با استفاده از تحلیل دیداری^۱ (رسم نمودار) و شاخص تغییر پایا^۲ (RCI) و

معناداری بالینی از طریق درصد بهبودی تجزیه و تحلیل شدند. یکی از روش‌های به‌کاررفته در این پژوهش تحلیل دیداری بود. در تحلیل دیداری که روش غیرآماري است، تغییرات در علائم اصلی و عملکرد زوج‌ها طی مراحل خط پایه و درمان و پیگیری با استفاده از نمودار بررسی می‌شود. با استفاده از این نمودارها، ارزیابی پایایی و ثبات اثرهای مداخله انجام‌شده در درمان صورت می‌گیرد. همچنین از شاخص تغییر پایا به‌منظور بررسی معناداری آماری استفاده شد. در این شاخص، نمره پس‌آزمون از نمره پیش‌آزمون تفریق می‌شود و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین دو نمره تقسیم می‌گردد. برای آنکه شاخص تغییر پایا از نظر آماری معنادار باشد، باید قدرمطلق نتیجه آن

². Reliable change index

¹. Visual analysis

مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ شود و نشان می‌دهد که نتایج به دست آمده بیشتر ناشی از عوامل فعال و دست‌کاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری (۲۵). معناداری بالینی نیز از طریق فرمول درصد بهبودی محاسبه شد که یکی از روش‌های سنجش پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است (۲۵). در این فرمول نمره پیش‌آزمون از نمره پس‌آزمون کم شد و حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم گردید.

جدول ۲. خلاصه پروتکل درمان هیجان‌مدار

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با زوج، معرفی درمانگر، بررسی انگیزه شرکت در درمان، ارائه تعریف مفاهیم، کشف تعاملات مشکل‌دار، ارزیابی شیوه برخورد آن‌ها با مشکلات، کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی. تکلیف: شناسایی حالات خوشایند همچون توجه به لذت، خوشحالی، صمیمیت و... و حالات ناخوشایند مثل خشم، تنفر، غمگینی و اضطراب.
دوم	جلسه فردی با هریک از زوجین به صورت مجزا شامل کشف حوادث برجسته، کشف اطلاعاتی که در حضور همسر امکان‌پذیر نیست؛ مانند ارزیابی میزان تعهد نسبت به ازدواج، روابط فزاینده، ارزیابی میزان ترس آن‌ها از افشای رازها. تکلیف: توجه به چرخه تعاملات روزمره یکدیگر.
سوم	مشخص کردن الگوهای تعامل شامل پذیرش احساس تصدیق‌شده، کمک به خودافشایی زوجین، ادامه پیوستگی درمان. تکلیف: شناسایی دقیق هیجان و عواطف و احساسات خالص.
چهارم	بازسازی پیوند زوجین شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، گسترش تجربه هیجانی هرکدام از زوجین در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه، هماهنگ کردن تشخیص درمانگر با مراجع، پذیرش چرخه منفی توسط زوجین. تکلیف: ابراز هیجان‌ها و عواطف خالص.
پنجم	عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی، بهبود وضعیت درون‌روانی و وضعیت تعاملی. تکلیف: ابراز هیجان‌ها و عواطف خالص.
ششم	گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران شامل تعیین تناسب چارچوب‌بندی درمانگر با تجربه مراجع، عمق بخشیدن به درگیری زوجین، پذیرش بیشتر زوجین از تجربه خود، ارتقای روش‌های جدید تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، شناسایی ترس‌های زیربنایی و ابراز خواسته و آرزوها.
هفتم	فعال‌سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویه‌ها، درگیری بیشتر زوج با یکدیگر، روشن‌سازی خواسته‌ها و آرزوهای زوجین. تکلیف: مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین رابط.
هشتم	یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی درباره خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت. تکلیف: کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی.
نهم	استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل درگیری صمیمانه زوج، ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت‌های جدید ایجاد شده توسط زوج، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی، ایجاد دلبستگی ایمن. تکلیف: اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره.
دهم	اختتام شامل تسهیل اختتام جلسات، حفظ تغییر تعاملات در آینده، تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون، حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آن‌ها، تعیین تاریخ جلسات پیگیری.

۳ یافته‌ها

سوم ۲۸/۰۴، زوج چهارم ۱۲/۱۸ و در کل ۲۳/۲۲ به دست آمد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای زوج اول ۲/۹۲، زوج دوم ۳/۴۲، زوج سوم ۳/۲۳ و زوج چهارم ۱/۵۲ محاسبه شد. از آنجاکه مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای سه زوج (اول و دوم و سوم) بیشتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ بود، می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای این زوج‌ها ناشی از مداخله درمانی بود. به علاوه نمره‌های زوج‌ها در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه کاهش یافت. درصد بهبودی پس از پیگیری در مقایسه با مرحله مداخله برای هر چهار زوج اندکی کاهش پیدا کرد. مقدار شاخص پایا نیز برای سه زوج (اول و دوم و سوم) در مرحله پس از پیگیری بیشتر از ۱/۹۶ محاسبه شد؛ بنابراین ماندگاری تغییرات نگرش به خیانت زناشویی برای سه زوج اول و دوم و سوم از نظر بالینی معنادار بود که موفقیت درمان راه‌حل‌مدار را بر کاهش میزان نگرش به خیانت زناشویی در افراد

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زوجین در جدول ۳ ارائه شده است. تغییرات نمرات افراد متأهل در هریک از درمان‌ها به وسیله جداول و نمودارها مشخص شد و بررسی فراز و فرود آن صورت گرفت. جدول ۴ نمره‌های نگرش به خیانت زناشویی زوجین شرکت‌کننده در جلسات درمان راه‌حل‌مدار را در مراحل خط پایه و درمان و پیگیری نشان می‌دهد. میانگین میزان نگرش به خیانت زناشویی در مراحل خط پایه برای زوج‌های اول ۶۴/۵، دوم ۷۱/۳۳، سوم ۶۴/۲۵ و چهارم ۷۰/۶ و میانگین درمان برای زوج‌های اول ۴۹، دوم ۵۷/۶۶، سوم ۴۸/۶۳ و چهارم ۶۴ به دست آمد که در مقایسه با دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافت. این میانگین‌ها در مرحله پیگیری برای زوج‌های اول ۴۸، دوم ۵۵/۵، سوم ۴۸ و چهارم ۶۵ بود. میزان درصد بهبودی پس از درمان برای زوج اول ۲۵/۵۸، زوج دوم ۲۷/۰۹، زوج

متأهل نشان داد؛ ولی مقدار شاخص تغییر پایای به دست آمده برای زوج چهارم در مرحله پس از درمان ۱/۵۲ و پس از پیگیری ۰/۹۹ بود؛ درمانی نبود و معنادار نبود. بنابراین، تغییر حاصل در زوج چهارم تصادفی بود و نتیجه مداخله چهارم در مرحله پس از درمان ۱/۵۲ و پس از پیگیری ۰/۹۹ بود؛ درمانی نبود و معنادار نبود.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هشت زوج شرکت‌کننده در پژوهش

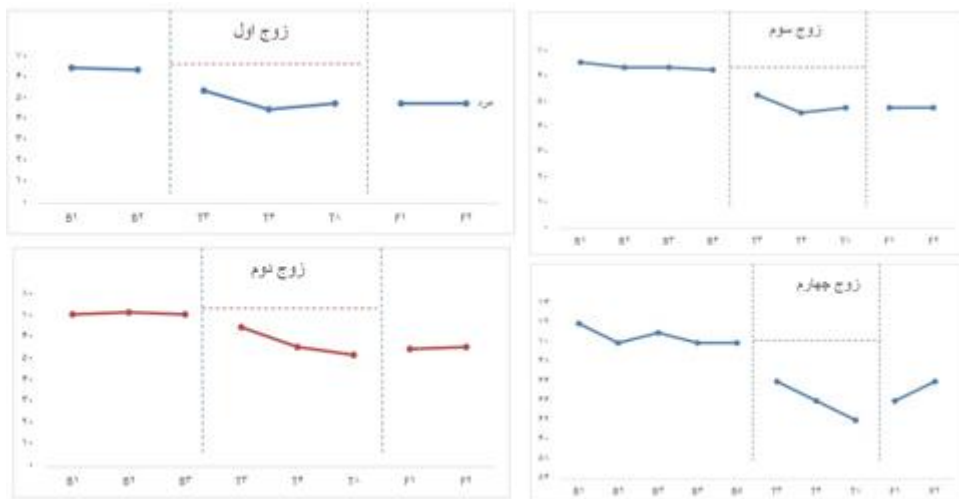
نوع مداخله	تعداد فرزندان	مدت ازدواج (سال)	تحصیلات	سن	جنسیت	آزمودنی
درمان راه‌حل‌مدار	یک	۶	لیسانس	۲۹	زن	زوج اول
			دکتر	۳۶	مرد	
درمان راه‌حل‌مدار	یک	۴	دیپلم	۲۲	زن	زوج دوم
			دانشجو	۲۴	مرد	
درمان راه‌حل‌مدار	دو	۸	لیسانس	۳۸	زن	زوج سوم
			لیسانس	۳۷	مرد	
درمان راه‌حل‌مدار	یک	۵	لیسانس	۲۶	زن	زوج چهارم
			دیپلم	۳۰	مرد	
درمان هیجان‌مدار	یک	۵	لیسانس	۲۲	زن	زوج پنجم
			فوق‌دیپلم	۲۷	مرد	
درمان هیجان‌مدار	یک	۶	لیسانس	۲۸	زن	زوج ششم
			لیسانس	۳۱	مرد	
درمان هیجان‌مدار	یک	۷	دانشجو	۲۸	زن	زوج هفتم
			لیسانس	۲۸	مرد	
درمان هیجان‌مدار	یک	۱۰	فوق‌لیسانس	۳۶	زن	زوج هشتم

جدول ۴. نتایج روند تغییر مراحل درمان راه‌حل‌مدار چهار زوج در متغیر نگرش به خیانت زناشویی

آزمودنی‌های درمان راه‌حل‌مدار				
زوج چهارم	زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	زوج‌ها
				مراحل درمان
۷۲	۶۶	۷۱	۶۵	خط پایه اول
۷۰	۶۴	۷۲	۶۴	خط پایه دوم
۷۱	۶۴	۷۱	-	خط پایه سوم
۷۰	۶۳	-	-	خط پایه چهارم
۷۰	-	-	-	خط پایه پنجم
۷۰/۶	۶۴/۲۵	۷۱/۳۳	۶۴/۵	میانگین خط پایه
۶۶	۵۳	۶۵	۵۴	جلسه سوم
۶۴	۴۶	۵۶	۴۵	جلسه ششم
۶۲	۴۶	۵۲	۴۸	جلسه دهم
۶۴	۴۸/۳۳	۵۷/۶۶	۴۹	میانگین مراحل درمان
۱/۵۲	۳/۲۳	۳/۴۲	۲/۹۲	شاخص تغییر پایا (درمان)
۱۲/۱۸	۲۸/۰۴	۲۷/۰۹	۲۵/۵۸	درصد بهبودی پس از درمان
	۲۳/۲۲			درصد بهبودی کلی
پیگیری				
۶۴	۴۸	۵۵	۴۸	پیگیری نوبت اول
۶۶	۴۸	۵۶	۴۸	پیگیری نوبت دوم
۶۵	۴۸	۵۵/۵	۴۸	میانگین مراحل پیگیری
۰/۹۹	۲/۸۷	۲/۷۱	۲/۹۲	شاخص تغییر پایا (درمان)
۷/۹۳	۲۵/۲۹	۲۱/۴۹	۲۵/۵۸	درصد بهبودی پس از پیگیری
	۲۰/۰۷			درصد بهبودی کلی پیگیری

برای بررسی بهتر یافته‌های حاصل از اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار، دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B) و مداخله (T) و پیگیری (F) نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های نگرش به خیانت زناشویی را به صورت

خط سطح، سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر زوج سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه، پایین خط سطح قرار گرفته است. براین اساس، تغییرات حاصل برای سه زوج از چهار زوج در درمان راه حل مدار تصادفی نبود و نتیجه مداخله درمانی بود.



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های نگرش به خیانت زناشویی در مراحل خط پایه و مداخله و پیگیری در درمان راه حل مدار

۴/۴۳، زوج سوم ۴/۱۲ و زوج چهارم ۴/۴۳ محاسبه شد. از آنجاکه مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر چهار زوج بیشتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ بود، می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای هر چهار زوج ناشی از مداخله درمانی بود. به علاوه نمره‌های زوج‌ها در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه کاهش یافت. درصد بهبودی پس از پیگیری در مقایسه با مرحله مداخله برای همه زوج‌ها کاهش پیدا کرد. مقدار شاخص پایا در مرحله پیگیری به ترتیب ۴/۰۷، ۴/۸۷، ۲/۵۲ و ۳/۹۰ به دست آمد؛ بنابراین ماندگاری تغییرات نگرش به خیانت زناشویی برای هر چهار زوج از نظر بالینی معنادار بود که موفقیت درمان هیجان مدار را بر کاهش میزان نگرش به خیانت زناشویی در افراد متأهل نشان داد.

نتایج جدول ۵ نمره‌های نگرش به خیانت زناشویی زوج‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان هیجان مدار را در مراحل خط پایه و درمان و پیگیری نشان می‌دهد. میانگین نگرش به خیانت زناشویی در مراحل خط پایه برای زوج‌های اول ۷۲، دوم ۶۶، سوم ۶۳/۲۵ و چهارم ۶۹ به دست آمد و میانگین درمان برای زوج‌های اول ۵۳، دوم ۵۰/۳۳، سوم ۴۵/۳۳ و چهارم ۵۲/۳۳ بود که در مقایسه با دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافت. این میانگین‌ها در مرحله پیگیری برای زوج‌های اول ۴۴/۵، دوم ۴۳، سوم ۴۹ و چهارم ۴۷ بود. همچنین میزان درصد بهبودی پس از درمان برای زوج اول ۴۱/۶۶، زوج دوم ۳۷/۸۷، زوج سوم ۳۶/۷۵، زوج چهارم ۳۶/۲۳ و در کل ۳۸/۱۲ به دست آمد. مقدار شاخص تغییر پایا برای زوج اول ۵/۳۱، زوج دوم

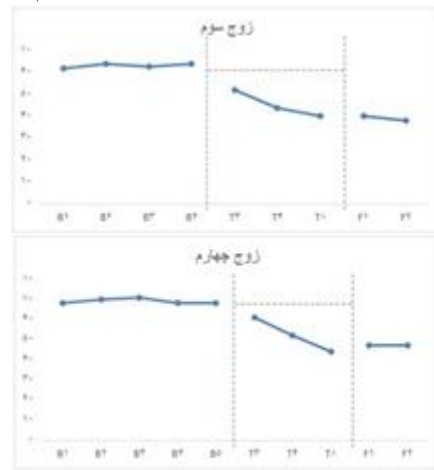
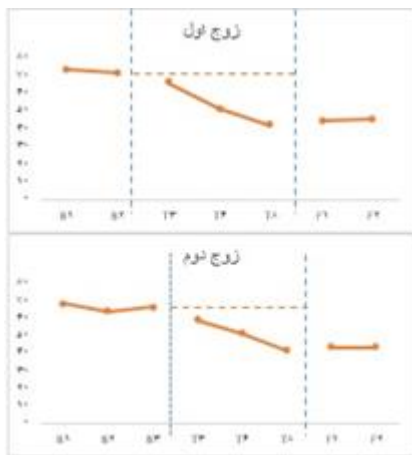
جدول ۵. نتایج روند تغییر مراحل درمان هیجان مدار چهار زوج در متغیر نگرش به خیانت زناشویی

آزمودنی‌های درمان هیجان مدار				
زوج‌ها	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم	زوج چهارم
مراحل درمان				
خط پایه اول	۷۳	۶۸	۶۲	۶۸
خط پایه دوم	۷۱	۶۴	۶۴	۷۰
خط پایه سوم	-	۶۶	۶۳	۷۱
خط پایه چهارم	-	-	۶۴	۶۸
خط پایه پنجم	-	-	-	۶۸
میانگین خط پایه	۷۲	۶۶	۶۳/۲۵	۶۹
جلسه سوم	۶۶	۵۹	۵۲	۶۱
جلسه ششم	۵۱	۵۱	۴۴	۵۲
جلسه دهم	۴۲	۴۱	۴۰	۴۴
میانگین مراحل درمان	۵۳	۵۰/۳۳	۴۵/۳۳	۵۲/۳۳
شاخص تغییر پایا (درمان)	۵/۳۱	۴/۴۳	۴/۱۲	۴/۴۳
درصد بهبودی پس از درمان	۴۱/۶۶	۳۷/۸۷	۳۶/۷۵	۳۶/۲۳
درصد بهبودی کلی				۳۸/۱۲

پیگیری				
۴۷	۴۰	۴۳	۴۴	پیگیری نوبت اول
۴۷	۳۸	۴۳	۴۵	پیگیری نوبت دوم
۴۷	۴۹	۴۳	۴۴/۵	میانگین مراحل پیگیری
۳/۹۰	۲/۵۲	۴/۰۷	۴/۸۷	شاخص تغییر پایا (درمان)
۳۱/۸۸	۲۲/۵۲	۳۴/۸۴	۳۸/۱۹	درصد بهبودی پس از پیگیری
۳۱/۸۵				درصد بهبودی کلی پیگیری

ارزیابی خط سطح، سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر زوج سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه بالای خط سطح قرار گرفته است. براین اساس، تغییرات حاصل برای هر چهار زوج در درمان هیجان مدار تصادفی نبود و نتیجه مداخله درمانی بود.

برای بررسی بهتر یافته‌های حاصل از اثربخشی درمان هیجان مدار، نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های نگرش به خیانت زناشویی را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B) و مداخله (T) و پیگیری (F) درمان هیجان مدار نشان می‌دهد. حداقل نقاط داده‌ای لازم برای



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های نگرش به خیانت زناشویی در مراحل خط پایه و مداخله و پیگیری در درمان هیجان مدار

و افسردگی در زوجین (۱۶) همسوست.

در تبیین اثربخشی درمان راه‌حل مدار می‌توان گفت، نگرش مجموعه‌ای پیچیده و متشکل از اجزای شناختی و عاطفی و رفتاری است که تحت تأثیر عوامل شخصیت، محیط، دیگران و خودانگاره فرد شکل می‌گیرد و پس از تشکیل بر عواطف و احساسات و شناخت افراد تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین بر زمینه‌سازی و شکل‌دهی به رفتارها، ایجاد انگیزش، ارضای نیازها و جهت‌دهی به گرایش‌ها، تأثیر جدی دارد (۲۶)؛ از این رو و به اعتقاد هویت و برگ^۱، گام اول در این درمان برای راهنمایی مراجع و خانواده از شرایط دشواری که در آن گیر کرده‌اند، تغییر نوع نگرش آن‌ها به مشکل است؛ یعنی نحوه‌ای که مسائل را می‌نگرند، بر آنچه می‌بینند، تأثیر می‌گذارد و آن را انجام می‌دهند (به نقل از ۲۷). براین اساس درمان راه‌حل مدار به افراد متأهل کمک کرد تا از فرایندهای شکل‌گیری شده‌ای که منتج به ایجاد نگرش به خیانت در آن‌ها شده است، آگاه شوند و زمینه‌های تقویت یا تشدید آن‌ها را بیابند. طبق مبانی رویکرد راه‌حل مدار، هیچ واقعیت عینی و خارجی وجود ندارد؛ بلکه حقیقت و واقعیت، پدیده‌ای ذهنی است؛ بنابراین افراد مختلف از یک مسئله ذهنیت‌های متفاوتی دارند که هر کدام به نوبه خود واقعیت ذهنی تلقی می‌شود؛ بنابراین درمانگر تلاش می‌کند تا از دریچه چشم

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تعیین اثربخشی درمان راه‌حل مدار و درمان هیجان مدار بر نگرش به خیانت زناشویی افراد متأهل انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، هر دو درمان منجر به کاهش نگرش به خیانت زناشویی در افراد متأهل شد؛ اما درمان هیجان مدار در کاهش نگرش به خیانت زناشویی افراد متأهل موفق‌تر از درمان راه‌حل مدار عمل کرد. نتایج حاصل از اثربخشی درمان راه‌حل مدار بر کاهش نگرش به خیانت زناشویی با نتایج پژوهش‌های مامی و حسینی در کاهش گرایش به روابط فرازناشویی در زنان متقاضی طلاق (۹)، تمدنی و علیزاده موسوی بر کاهش روابط فرازناشویی در زوجین (۱۰) و یافته‌های مشابه پژوهش ترنس و همکاران بر افزایش مهارت‌های زوجین (۱۱) و سامرز و همکاران بر صلاحیت و افزایش خودکارآمدی زوجین (۱۲) همسوست. همچنین نتایج حاصل از اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش نگرش به خیانت زناشویی با یافته‌های پژوهش‌های پورمحمد قوچانی و همکاران بر بهبود رضایت زناشویی و کاهش گرایش به روابط فرازناشویی زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی (۱۴)، شهابی و ثناگوی محرز بر کاهش نگرش سهل‌گیرانه به روابط فرازناشویی و دل‌زدگی زناشویی (۱۵) و ویتبورن و همکاران بر بهبود روابط زناشویی

^۱. Havit & Berg

می‌سازند و این واقعیت‌ها چگونه در ایجاد و تغییر نگرش آنان به خیانت مؤثر است؛ چون به اعتقاد جانسون این پردازش اطلاعات است که روابط متقابل، سازگاری‌ها و ناسازگاری‌های میان فردی را شکل می‌دهد (۳۳). از سوی دیگر در درمان هیجان‌مدار اعتقاد بر این است که هیجان‌ات همانند جهت‌یاب مسیر فرد را در این دنیا جهت‌دهی می‌کنند و درباره اهمیت فردباورانه هر رویداد اطلاعات مهمی را در اختیار او می‌گذارند؛ به عبارت دیگر اولین و مهم‌ترین تعاملات فرد با فضای بیرون، طرح‌واره‌هایی هیجانی و قدرتمند را در ذهن فرد پدید می‌آورد که در آینده نیز تجارب بعدی فرد را از فیلتر خود عبور می‌دهد و با این کار شناخت و رفتارهای محدود و ویژه را فرامی‌خواند (۳۳)؛ از این رو، در این پژوهش درمان هیجان‌مدار باعث شد که درمان‌جویان بتوانند طرح‌واره‌های هیجانی خود را با استفاده از تجربه‌ها و عبارت‌های هیجانی جدید تغییر دهند و اصلاح کنند و در نتیجه الگوهای تعاملی جدیدی را بسازند. سرانجام درمان هیجان‌مدار به درمان‌جویان کمک کرد تا از طریق تمرکز بر جنبه‌های کنارگذشته واقعیات، بررسی مسائل گفته‌نشده، یکپارچه‌سازی عناصری از واقعیت‌ها (۳۴)، به ساختار شکنی مشکلات و پاسخ‌ها بپردازند و با پردازش دوباره تجارب هیجانی خود در گذشته درباره خود و همسر و رابطه‌شان ادراکات جدیدی را ایجاد کنند؛ همچنین به برون‌ریزی هیجانی به شیوه‌های جدید تشویق شوند و نوع تازه‌ای از بودن را تجربه کنند که باعث تغییر و کاهش نگرش به خیانت زناشویی شد؛ چون وقتی تجارب ادراکی شخص از خود تغییر کند، نوع تازه‌ای از بودن را تجربه کرده و متعاقباً برون‌ریزی خواهد کرد. این برون‌ریزی، یک «من» تازه بر اساس رضایت‌مندی بیشتر از خود و بیان عواطف دلبستگی خواهانه در فرد را ایجاد می‌کند؛ بنابراین درمان هیجان‌مدار، با تغییر در یکی از اجزای اصلی نگرش یعنی عواطف و هیجان‌ات توانست زمینه تغییر در اجزای دیگر نگرش یعنی شناخت و رفتار و در نتیجه تغییر در کاهش نگرش به خیانت زناشویی افراد متأهل را به وجود آورد؛ همچنین درمان هیجان‌مدار توانست تجربه هیجانی جدید در بافت کنونی تعاملات و خلق چرخه‌های جدید با پیوندهای ایمن و نیز تغییر در سازگاری این افراد و تغییر در متحول شدن الگوها را که نتیجه آن تغییر در قضاوت‌ها و ارزش‌های فرد است، ایجاد کند.

در تبیین کارایی بیشتر درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان راه‌حل‌مدار می‌توان بیان کرد، رویکرد هیجان‌مدار به جای نگرستن ساده به هیجان، به صورت بخشی از مشکل آشفتگی زناشویی، بر آن به منزله یک عامل نیرومند تغییر تأکید می‌کند؛ به طور کلی، هیجان در غالب موارد به طور ساده‌انگارانه‌ای به صورت تجلی ثانویه‌ای دیده می‌شود که در خلال رفتار یا شناخت بروز می‌یابد؛ گاهی نیز به عنوان نیرویی مزاحم و خطرناک در درمان یا فقط یک عامل نابسندگی تغییر در نظر گرفته شده است. به علاوه در رویکرد هیجان‌مدار، تجارب تصحیح‌شده و نوین هیجانی، عصاره شفا بخش جدید مشکلات ارتباطی قلمداد می‌شود و از طرفی نظر به اینکه یکی از اهداف بانیان درمان هیجان‌مدار، برجسته‌سازی نقش هیجان‌ات در روابط صمیمانه همسران بود، چنین پیش‌بینی شد که درمان هیجان‌مدار با تأکید بر مقولات همدلی، خودافشایی، درک

هریک از اعضا مشکل را ببیند و با همان ادراک، همدلی کند و ایجاد انگیزه باعث تغییر رفتار و در نتیجه تغییر نگرش در هر درمان‌جو شود. همچنین درمان راه‌حل‌مدار، رویکردی قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه‌حل‌های خلاق به منظور ارتقای زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان‌بینی و پیاده‌سازی تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند (۲۸). در درمان راه‌حل‌مدار تغییر شناختی ناگهانی در مراجع در جهت تشخیص و شناسایی استثناات غالباً منجر به حرکت رو به بالایی می‌شود که به موجب آن بهبودی در خورتوجهی در احساس و افکار و رفتارهای فرد به وجود می‌آید (۲۹). در رویکرد مذکور این اعتقاد وجود دارد که صحبت‌کردن درباره علل مسائل و مدت آن‌ها و اشاره به سختی تغییر دادن آن‌ها، اغلب سبب ایجاد احساس درماندگی بیشتری در مراجع می‌شود؛ به عبارت دیگر، صحبت‌کردن درباره اینکه چگونه مراجع می‌خواهد مسائل متفاوت شوند و او چه کاری می‌تواند انجام دهد تا این اتفاق بیفتد، به وی کمک می‌کند تا باور داشته باشد تغییر ممکن است، حس خودکارآمدی را افزایش می‌دهد و به او کمک می‌کند تا بر آنچه برای ایجاد تغییر نیاز دارد، تمرکز کند (۳۰). مداخله درمانی توانست با آگاه‌کردن افراد متأهل درباره هیجان‌اتشان، چگونگی تأثیر هیجان‌ها را بر شناخت و رفتار و تأثیر آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها و نگرش آنان نشان دهد و باعث شد تا آن‌ها به تأثیرات ویرانگر هیجان‌ها بر رفتار خود پی ببرند و با جایگزین کردن راه‌حل‌های متعادل‌تر به جای راه‌حل‌های نامناسب، موفق به تغییر مثبت و کاهش نگرش به خیانت زناشویی شوند. همچنین به افراد متأهل آموخته شد که با به دست آوردن شناخت از خود و درون‌نگری به سمت تغییر حرکت کنند؛ زیرا درمان راه‌حل‌مدار، مراجعان را برای کشف منابع خود به طوری که بتوانند در خود تغییر ایجاد کنند، توانمند می‌سازد (۳۱).

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار باید گفت، درمان هیجان‌مدار خیانت زناشویی را نتیجه نوعی آسیب یا جراحت دلبستگی^۱ در ارتباط تلقی می‌کند که به شکل ترک‌شدگی‌ها و خیانت بروز می‌یابد (۳۲)؛ همچنین در این پژوهش محققان با نگرش مثبت افراد متأهل به خیانت زناشویی مواجه بودند؛ از این رو می‌توان این‌گونه استنباط کرد که درمان هیجان‌مدار توانسته است به درمان‌جویان کمک کند تا جراحت‌های دلبستگی و هیجان‌ات آسیب‌دیده و نیز نیازهای برآورده‌نشده دوران کودکی خود را که موجب تشدید ناامنی در پیوند دلبستگی می‌شود، شناسایی کنند و بتوانند از دلبستگی‌های ناایمن و ناکام‌مانده دوران خود و هیجان‌ات اولیه و ثانویه آسیب‌پذیر خویش در رابطه با خود و همسر آگاهی یابند؛ در نتیجه هیجان‌ات دلبستگی خود را به شیوه‌ای ایمن تغییر دهند و الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتری را در نگرش خود به دلبستگی به وجود آورند؛ زیرا در این مدل فرض بر آن است که وضعیت روانی و بین‌شخصی زوجین در تعاملات به واسطه تجربیات هیجانی فردی هر یک از زوجین سازمان‌دهی می‌شود (۳۳). همچنین درمان هیجان‌مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی و تغییر پردازش‌ها، به درمان‌جویان کمک کند به کشف این موضوع بپردازند که آن‌ها چگونه واقعیت‌های درونی و بیرونی‌شان را

². Filter

¹. Attachment injuries

عمیق از نیازهای خود و نفر مکمل، پذیرش، بیان افکار، احساسات و ایجاد فضای عاطفی نقش قدرتمندی را ایفا کند؛ با وجود این از نظر هیجان‌درمانگران، شخص مغلوب مشکلات و ناتوانی‌اش در حل مسئله نیست و مشکل زوج‌ها، مربوط به شیوه پردازش آن‌ها از تجربه است. هیجان‌درمانگران معتقد هستند که تجربه‌گری عمیق و پردازش اصلاحی و دوباره هیجان‌ات قبلی، خودبه‌خود به تغییر الگوهای تعاملی می‌انجامد (۳۵). بر این اساس جانسون به‌طور مستقیم و به‌صراحت درمان هیجان‌مدار را بهترین روش زوج‌درمانی در بهبود آشفتگی‌های ارتباطی معرفی کرد (۳۳).

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی دو رویکرد پرداخت که یکی بر هیجان‌ات زیرساختاری و عوامل مرتبط با ناهشیار (یعنی درمان راه‌حل‌مدار) و دیگری بر توانمندسازی شناختی و مرتبط با بخش هشیار ذهن (یعنی درمان هیجان‌مدار) تأکید داشت؛ بنابراین، این دو رویکرد هر دو سعی دارند با روش‌های خاص خود، تجارب گذشته را ساختاردهی دوباره کنند و با استفاده از معانی نوین، جهت‌گیری فرد را درباره خود و جهان اصلاح نمایند: یکی از طریق تجربه‌گری عمیق و یکی از طریق ایجاد امید و پرورش شایستگی‌های فردی. وقتی معانی و ادراکات افراد درباره خود و همسر و رابطه بهبود یابد، تمایل برای نزدیک شدن همسران به یکدیگر و خودافشایی نیز بیشتر خواهد بود. همچنین در هر دو رویکرد بر داستان‌سازی تأکید می‌شود؛ وقتی داستان‌های افراد تغییر کند، نوع رابطه‌های آن‌ها نیز عوض خواهد شد؛ اما درمانگران راه‌حل‌مدار بر این باور هستند که برای اصلاح روابط نیازی به تحلیل و رفتن به عمق هیجان‌ات نیست. از نظر آنان کارکردن با سطح هشیار ذهن، توان بهبود آشفتگی‌های ارتباطی و فقدان صمیمیت را دارد. از سوی دیگر درمانگر هیجان‌مدار همواره مترصد تجربه شخص در اینجا و اکنون است؛ ولی درمان راه‌حل‌مدار به‌واسطه تأکید بسیار بر راه‌حل، عنصر اصلی وجودگرایی یعنی فرد را از نظر دور داشته است (۳۵)؛ بنابراین با توجه به اینکه دو روش به‌کاررفته در پژوهش حاضر از رویکردهای پست‌مدرن (رویکرد راه‌حل‌مدار تماماً و رویکرد هیجان‌مدار به‌دلیل بخش تجربی‌اش، عمدتاً) به‌شمار می‌آید، به نظر می‌رسد که اگر این روش‌ها به‌شیوه‌های صحیح و کارآمد اجرا شود، نتایج مؤثری حاصل خواهد شد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود؛ با توجه به حساسیت موضوع پژوهش‌شده، بدیهی است که این نوع مداخله درمقایسه با مداخلات گروهی (شاید به‌دلیل شرایط نسبت‌های فردی)، برای همه شرکت‌کننده‌ها به یک شکل پیش نرود؛ همچنین برآیند مقایسه این نمونه‌ها در چارچوب گروه با محدودیت روبه‌رو بود و مانعی برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها است. اجرای بیش از چند بار از ابزارهای پژوهش، گاهی باعث بی‌میلی و رغبت‌نداشتن زوج‌ها برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها شد. با توجه به اینکه همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش از شهر بوشهر بودند، به‌دلیل ویژگی‌های خاص خردفرهنگ‌های ایرانی و شرایط بومی متفاوت، نتایج این تحقیق با احتیاط استفاده شود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود، این مطالعه به‌صورت زیر تکرار شود: الف. تکرار کامل: اجرای مجدد پژوهش توسط همان پژوهشگر؛ ب.

اجرای مجدد مطالعه توسط پژوهشگران دیگر با همین ابزار؛ ج. تکرار نظام‌مند: اجرای همین پژوهش در جمعیت‌های دیگر و با استفاده از ابزارهای دیگر. چون در این پژوهش انتظارات زوج‌ها به‌طور عینی توسط ابزار مدنظر سنجیده نشد، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های مربوط به انتظارات مراجعان از درمان استفاده شود. به‌علاوه پیشنهاد می‌شود، در مطالعات بعدی روی هر زوج به‌طور جداگانه کار صورت گیرد و نمرات به‌طور مجزا در مرد و زن بررسی شود. به‌دلیل اجرای چندین بار ابزارهای پژوهش در روش تک‌آزمودنی، توصیه می‌شود طرح‌های دیگری برای اجرای این پژوهش، در آینده به‌کار رود. با توجه به اینکه چالش‌های نگرش به خیانت زناشویی در جامعه ایران رو به افزایش بوده و دشواری‌های فراوانی را برای خانواده‌ها و اجتماع ایجاد کرده است، پیشنهاد می‌شود درمانگران در این گستره توجه بیشتری به درمان‌های فردی و آمیزه‌ای داشته باشند و در مشاوره‌های پیش از پیوند زناشویی، نگرش‌ها، گرایش، اختلالات و مشکلات فردی کشیده‌شونده به خیانت زناشویی مراجعان را شناسایی و درمان کنند.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر نتیجه‌گیری می‌شود که هر دو درمان راه‌حل‌مدار و هیجان‌مدار منجر به کاهش میزان نگرش به خیانت زناشویی در افراد متأهل می‌شود و اثربخشی دارد؛ اما درمان هیجان‌مدار در کاهش نگرش به خیانت در افراد متأهل موفق‌تر از درمان راه‌حل‌مدار عمل می‌کند.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و مدیریت مراکز مشاوره و همچنین مرکز تخصصی مشاوره مسیر زندگی شهر بوشهر، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری با کد پیگیری ۱۶۲۲۸۸۲۸۳ در سامانه پژوهشیار پایان‌نامه‌های دانشگاه آزاد برای دکتری رشته مشاوره ثبت شده است. همه ملاحظات اخلاقی از جمله دریافت رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان قبل از شروع تحقیق، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در هر یک از مراحل پژوهش، تعیین وقت جلسات درمانی با همکاری کامل افراد و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی بین پژوهشگران وجود ندارد.

References

1. Roohi Karimi T, Shirazi M, Sanagouye Moharrer GR. Effects of cognitive behavioral couple therapy on resilience and quality of life in women affected by infidelity. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021;(11):25. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-2180-en.html>
2. Sharifi M, Haji Heydari M, Khorvash F, Fatehizadeh M. Correlation between love schemas and justifications for extramarital involvement in married women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2013;10(6):526–34. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-285-en.html>
3. Nejhadkarim E, Saeidifard T, Vahidnia N, Ahmadi K. The role of before marriage relationships in marriage difficulties. *Journal of Salamat-I Ijtimai (Community Health)*. 2016;3(4):299–306. [Persian] <https://doi.org/10.22037/ch.v3i4.13176>
4. Whisman MA, Sheldon CT, Goering P. Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: does type of relationship matter? *J Abnorm Psychol*. 2000;109(4):803–8. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.4.803>
5. Haghani M, Abedi A, Fatehi Zade M, Aghaei A. Comparing the effects of emotionally focused couple therapy and integrated couple therapy on aggression and fear of marital infidelity in couples with extramarital relations. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021;11:108. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1872-en.html>
6. Arslan U, Gumuscaglayan G. Solution focused brife therapy: a brife overview. *Journal of Faculty of Education*. 2018;47:491–507. <https://doi.org/10.21764/maeuefd.396228>
7. Arslan U, Ulus IC. Solution focused brife therapy training. *Journal of Faculty of Education*. (2020);9(1):1–12. <https://doi.org/10.14686/buefad.440625>
8. Zhang X, Shi X, Xu S, Qiu J, Turel O, He Q. The effect of solution-focused group counseling intervention on college students' internet addiction: a pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2519. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072519>
9. Mami Sh, Hoseini ZS. Effectiveness of combining two methods therapy solution-focused and arrative on the Initial maladaptive schemas and tendency to extramarital relationships in the famale divorce applicants. *Journal of Psychological Studies*. 2019;15(1):165–81. [Persian]
10. Tamadony Sh, Alizadeh Mousavi E. Barrasiye asar bakhshiye amoozesh mobtani bar rouykard rahe hal mehvar bar kaheshe ravabete zanashooei [Investigating the effectiveness of education based on the solution-oriented approach on reducing extramarital relationships]. In: *The 4th National Conference on Counseling and Mental Health [Internet]*. Islamic Azad University, Quchaneh Branch; 2015. [Persian]
11. Turns B, Jordan SS, Callahan K, Whiting J, Springer NP. Assessing the effectiveness of solution-focused brief therapy for couples raising a child with autism: a pilot clinical outcome study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2019;18(3):257–79. <https://doi.org/10.1080/15332691.2019.1571975>
12. Sommers-Flanagan J, Polanchek S, Zeleke WA, Hood MHE, Shaw SL. Effectiveness of solution-focused consultations on parent stress and competence. *The Family Journal*. 2015;23(1):49–55. <https://doi.org/10.1177/1066480714555696>
13. Safar Mohammadlou N, Mollazadeh A, Meschi F. Comparing the effects of emotion- focused therapy and cognitive-behavioral therapy on the quality of sexual life and sexual function in women with breast cancer. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021;(11):71. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-2452-en.html>
14. Pour Mohamad Ghouchani K, Zare MR, Mandanizade Safi S. The effectiveness of emotionally focused couple therapy (EFT) on improving marital satisfaction and reduction tendency to extramarital relationships women affected by domestic violence. *Journal of Rooyes-e-Ravanshenasi*. 2019;8(8):221–30. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-1442-en.html>
15. Shahabi SH, Sanagouye Moharer GH. The effectiveness of emotional-focused couple therapy on marital burnout and attitudes toward infidelity of couples. *Journal of Salamat-I Ijtimai (Community Health)*. 2020;7(1):87–94. [Persian] <http://doi.org/10.22037/ch.v7i1.23086>
16. Wittenborn AK, Liu T, Ridenour TA, Lachmar EM, Mitchell EA, Seedall RB. Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: outcomes and mechanisms of change. *J Marital Fam Ther*. 2019;45(3):395–409. <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>
17. Poursardar F, Sadeghi M, Goodarzi C, Roozbehani M. Integrative treatments and couple therapy: Comparison of the effectiveness of integrative approaches, therapy emotionally focused couple therapy and therapy integrative behavioral couple therapy on forgiveness in couples with marital conflict. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2019;8(2):69–96. [Persian] https://fcp.uok.ac.ir/article_61018.html?lang=en
18. Shahbazi M, Rajabi GR, Khojasteh Mehra R, Sudani M. The effectiveness of communicative skills training on self-differentiation in Masjed Soleiman city couples: a case-subject study. *Journal of Counseling Research*. 2014;13(51):116–36. [Persian] <http://iranocounseling.ir/journal/article-1-105-en.html>
19. Whatley MA. Attitudes toward infidelity scale. In: Knox D, Schacht C; editors. *Choices in relationships: an introduction to marriage and the family*. 9th edition. Belmont, CA: Thompson Wadsworth; 2008.

20. Toplu-Demirtaş E, Fincham FD. Dating infidelity in Turkish couples: the role of attitudes and intentions. *The Journal of Sex Research*. 2018;55(2):252–62. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1365110>
21. Habibi M, Sayed Alitabar S H, Pouravari M, Salehi S. Reliability, validity and factor structure for the Attitudes Toward Infidelity Scale. *J Research Health*. 2019;9(4):294–301. doi: [10.29252/jrh.9.4.294](https://doi.org/10.29252/jrh.9.4.294)
22. Azizi A, Ghasemi S. Comparison the effectiveness of solution-focused therapy, cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in divorced women. *Journal of Culture Counseling*. 2017;8(29):207–36. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_7362.html?lang=en
23. Johnson SM. *The practice emotionally focused couple therapy*. Bahrami F, Azarian Z, Etemadi O. Persian translator. Tehran: Danjeh Publishing; 2004. [Persian]
24. Najafi M, Soleimani A, Ahmadi K, Javidi N, Hoseni E, Pirjavid F. The study of the effectiveness of couple emotionally focused therapy (EFT) on increasing marital adjustment and improving the physical and psychological health of the infertile couples.. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015;17(133): 8-21. doi: [10.22038/ijogi.2015.3703](https://doi.org/10.22038/ijogi.2015.3703) [Persian]
25. Naseri E, Sohrabi F, Borjali A, Falsafinejad MR. The effectiveness of dual focus schema therapy in treatment of heroine dependency comorbid with antisocial personality disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2015;5(18):75–97. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_1047.html?lang=en
26. Shirkawand S. Asar taghyeer negaresh bar raftar [The effect of attitude change on behavior change]. *Scientific Information Monthly*. 2011;24(12):38. [Persian]
27. Zahrakar K, Jafari F. *Family counseling (concepts, history, process & theories)*. Tehran: Arasbaran Publishing; 2016. [Persian]
28. Cortes B, Ballesteros A, Collantes J, Aguilar ML. What makes for good outcomes in solution-focused brief therapy? a follow-up study. *Eur psychiatr*. 2016;33(S1):232–3. [http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.580](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.580)
29. Khalili GH, Zahrakar K, Kasaei Esfahani A. Comparison of the effectiveness of training based on solution-focused brief therapy and rational emotive behavioral therapy on meaning of work among employees of oil company. *Journal of Psychological Science*. 2020;19(90):699–713. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-674-en.html>
30. Cepukiene V, Pakrosnis R. The outcome of solution-focused brief therapy among foster care adolescents: the changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Child Youth Serv Rev*. 2011;33(6):791–7. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.11.027>
31. Ratner H, George E, Iveson C. Darman kootahe rahe hal mehvar: sad nokte va sad fan kelidy [Solution-oriented short treatment: one hundred tips and one hundred key techniques]. Najimi M, Jafari MS, Akhoondi M. Persian translator. Tehran: Savalan Publications; 2017. [Persian]
32. Soudani M, Karimi J, Mehrabizadeh M, Neisi A. Effectiveness of emotion oriented couple therapy on reducing the damage caused by marital infidelity. *Journal of Research in Behaviourl Sciences*. 2013;10(4):258–68. [Persian]
33. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection*. Second edition. New York: Routledge; 2004.
34. Gorman AS. *Clinical handbook of couple therapy*. Amaniyeh R, Majzoobi MR, Sepehri Far S. Persian Translator. Tehran: Bou Ali Sina University Pub; 2014. [Persian]
35. Hosseini B. Moghayeseye asar bakhshiyeh darman hayajan mehvar va rahe hal mehvar bar behbood mo'alefe haye samimiat va sazegari zanashooei zojeyn va sakhtan model pishnahadi [Comparing the effectiveness of emotion-oriented and solution-oriented therapy on improving the intimacy and marital compatibility of couples and building the proposed model] [PhD dissertation]. [Tehran, Iran]: Allameh Tabatabai University; 2011. [Persian]